Rok XXXVII. Kraków 30. Lipca 1898. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Instytutu anatomiczno-patologicznego prof. Dra A. Obrzuta.

Torbielkowate zwyrodnienie nerek u noworodka.

Podał

Dr. J. Krzyszkowski,

asystent.

Przypadek, który zamierzam opisać, jest zajmujący nie tylko ze względu na zmiany w nerkach, lecz i z powodu nieprawidłowości, stwierdzonych w innych narządach. Z góry zastrzegam się, że nie myślę podawać wyczerpującego studyum przedmiotu, lecz może nie od rzeczy będzie krótkie zestawienie teoryj, podawanych na wytłómaczenie tej tak interesującej zmiany chorobowej. Czynię zaś to tem chętniej, gdyż sądzę, że przytoczenie tych rozlicznych zapatrywań rzuci światło i na mój przydek.

Że zwyrodnienie torbielkowate nerek, wcale nie tak rzadko spotykane, jako zmiana często przypadkowa na sekcyach, należy odnieść do życia płodowego, obecnie zdaje się nie podlegać żadnej wątpliwości. Oprócz obrazów mikroskopowych, przemawia zatem ciągłość przypadków, to znaczy, że spotykamy je u osobników w różnym wieku, oraz jednoczesne rozliczne nieprawidłowości rozwojowe w innych narządach.

Znacznie zwyrodniałe nerki mogą wywołać niezdolność płodu do życia; a stać się to może tak wskutek samej destrukcyi miąższu nerkowego, jako też przy względnem utrzymaniu substancyi nerkowej, w następstwie utrudnionych ruchów [1]) przepony, niedodmy płuc, lub wreszcie powiększonych do znacznych rozmiarów nerek, stanowiących przeszkodę przy akcyi porodowej. Pierwsze wzmianki o tym przedmiocie spotykane w literaturze podane były przez położników, bez jakiegokolwiek tłómaczenia tego objawu. W późniejszych czasach, jak o tem wspomina Beckmann, odnoszono te zmiany do choroby Brighta i nie odróżniano zwyrodnienia od innych torbieli, spotykanych w nerkach. Dopiero od pamiętnej pracy Virchowa „Über congenitale Nierenwassersucht“ i „Über Nierencysten“, pracy, która rzuciła nowe światło na tę sprawę, zaczęto baczniejszą zwracać uwagę na ten objaw. Oprócz rozprawy Virchowa naliczamy około stu różnych prac o tym przedmiocie; ważniejszych teoryj, usiłujących wyjaśnić tę sprawę patologiczną, mamy pięć, a mianowicie: [2])

a) Teorya Virchowa odnosi powstawanie torbieli do retencyjnego rozszerzenia kanalików i kłębuszków, wskutek zmian przewlekłych w brodawkach (Fibrosis papillaris, Pyelopapillitis fibrosa). Przewlekłe te zmiany mają być zejściem sprawy ostrej, przebytej w łonie matki. Virchow też pierwszy stawia to przypuszczenie, że torbielowate zwyrodnienie, spotykane w późniejszym wieku, przynajmniej w większości przypadków musi pochodzić z czasu życia płodowego [3]). „Ich schloss daraus, das die Bedingungen der Erkrankung in dem mütterlichen Organismus liegen müssen“ i pyta „welcher Natur die Abweichungen des Mutterkörpers sind, durch welche eine so mächtige Abweichung ausgeübt wird“.

b) Sabourin, Hufschmid, Nauwerck i Kahlden uważają tę zmianę za nowotwór, analogiczny do torbielaka wielokomorowego jajników (kystoma multiloculare ovarii), na dowód zaś tego przytaczają: bujanie brodawkowate do nielicznych torbieli, bujanie przybłonków wewnątrz małych torbielków, oraz bujania na kształt prążków komórek przybłonkowych w międzymiąższowych przestrzeniach pomiędzy torbielami.

c) Köster, opierając się na dawnej teoryi Kupffera o rozwoju nerek, teoryi twierdzącej, że kanaliki, wydzielające i zbierające, wytwarzają się osobno i dopiero spajają się ze sobą w pewnym okresie rozwoju nerek; przypuszcza on, że nie doszło do spojenia się obu dróg, a kanaliki wydzielające wytwarzają potem torbiele.

d) Bloud-Sutton twierdzi, że torbiele nie są wytworem kanalików nerkowych, lecz pochodzą z rozstrzeni resztek pierwotnej nerki (Urniere).

e) Kimla buduje swe zapatrywanie na tle teoryi rozwoju nerek, opiewającej, że wszystkie kanaliki w całej swej długości rozwijają się z prążka nabłonkowego, będącego podstawą samej nerki i odprowadzających dróg moczowych. W chwili, gdy szczątkowe (rudimentarne) kanaliki są już wytworzone, z niewiadomej bliżej przyczyny przychodzi do bujania blaszki zarodkowej średniej (mezodermalnej), tak, że kanaliki zostają w przebiegu swym naruszone i poprzedzielane. Od stopnia wyrządzonego nieporządku tem bujaniem zależy rodzaj i rozległość zwyrodnienia. Zwyrodnienia torbielkowate nerek dzieli Kimla na następujące trzy działy: [4])

α) Nerka torbielkowata wrodzona, bardzo rzadko spotykana u płodów.

β) Zwykłe zwyrodnienie torbielkowate, zdarzające się w różnym wieku.

γ) Nerka o dużych torbielach, rzadko się wydarzająca. Wrodzona nerka torbielkowata, jest, jak wyżej wspomniałem, objawem bardzo rzadkim, a według Kimli, który przejrzał całą literaturę, znanych jest tylko sześć przypadków, mianowicie przypadki: Virchowa, Hanaua, Burgera, Kahl-

[1]) Virchow.
[2]) Hlava Obrzut, Anatomia patologiczna i bakteryologia (czeska).
[3]) Virchow, Archiv Virchowa XLIV.
[4]) Kimla, Degenerace kystická ledvin, Rozprawy czeskiej Akademii w Pradze.

dena i dwa przypadki Kimli, — mój byłby siódmym, jakkolwiek od poprzednich różny.

Wyciąg z protokółu sekcyjnego jak następuje:

Jan Stojanowski, noworodek 2-dniowy. Dnia 10. lutego 1898, przywieziono do szpit. św. Zofii, dziecko dwudniowe, wymiotujące. Stwierdzono brak rzyci i niedrożność cewki moczowej. Gdy cięcie międzykrocza w głąb dało wynik ujemny, założono rzyć sztuczną. Przy tem zakładaniu nacięto jakiś pęcherz, z którego wylał się mocz. Rozp. kliniczne *Atresia ani et vesicae*.

Rozp. anat. patol. *Agenesia ani. Atresia recti, ac vesicae. Fistula congenitalis recto-vesicalis. Diverticulum ac hypertrophia vesicae urinariae, dilatatio ureterum, hydronephrosis, ac degeneratio cystica renum. Ductus Bothalli ac foramen ovale aperti. Atelectasis pulmonum. Anus praeternaturalis ac incisio ureteris sinistri factae.*

Opis. Zwłoki dziecka płci męzkiej, długości 50 ctm., o skórze lekko żółtaczkowej, donoszone; ponad ością górną i przednią talerza biodrowego (spina anterior superior) rana chirurgiczna; z wszytego w brzegi jej jelita wydobywa się treść do smółki podobna; drugie głębokie cięcie w miejscu rzyci, w którego dnie widnieje tkanka tłuszczowa. Zgłębnik wprowadzony do prącia na przestrzeń 3 ctm., napotyka na opór. Zresztą oględziny zewnętrzne nie okazują żadnych nieprawidłowości. Czaszka, opony i mózg prawidłowe. Jamy opłucnowe puste, opłucna prawidłowa, płuca mniej powietrzne. Osierdzie, mięsień i zastawki sercowe — prawidłowe; przewód Botalla drożny dla grubego zgłębnika. Oba przedsionki łączą się przez otwór, utworzony zachodzącymi na siebie półksiężycowato blaszkami śródsierdzia. Otrzewna, narządy wewnętrzne i górny odcinek przewodu pokarmowego zmian nie okazują.

Natomiast tuż nad spojeniem łonowem wypukla się pęcherz moczowy, wielkości jaja gęsiego, o ścianach zgrubiałych, mięsistych; ponad pęcherzem zaś widać zagięcie esowate jelita grubego, w znacznym stopniu rozszerzone i zajmujące prawie całą środkową i dolną część jamy brzusznej. Ściany, w stosunku do rozstrzeni, nieco grubsze, wewnątrz obfita żółtawo-zielona, ciemna, do smółki podobna treść; błona śluzowa makroskopowych zmian nie okazuje. Wspomniane jelito, kończąc się ślepo w jamie Douglasa, przylega do dolnej ściany pęcherza moczowego i w tem miejscu znajduje się mały, w głąb wciągnięty, otworek; wprowadzony doń zgłębnik przeciska się do pęcherza moczowego. Pęcherz zawiera nieznaczną ilość moczu krwawo zabarwionego, ściana jego mięsista, na 1 ctm. gruba; błona śluzowa zaczerwieniona, a na niej parę małych wiśniowej barwy, polipowatych wybujałości. Wprowadzony palec w głąb napotyka uchyłek prawie tak wielki, jak sam pęcherz. Uchyłek ten leży w miejscu trójkąta Lieutauda. Sciany jego grube. Błona śluzowa szarawo-biała, gładka, okazuje następujące otwory: Jeden wyżej wspomniany, a komunikujący z ową rozszerzoną częścią zagięcia esowatego, — w samym środku uchyłka. Dwa otwory, będące ujściami moczowodów, ułożone w miejscach odpowiednich, wreszcie czwarty cieniutki, prowadzący do cewki moczowej na $1\frac{1}{2}$ ctm. Zgłębniki wprowadzane od przodu i od tyłu do cewki moczowej, nie dochodzą do siebie; — ze względu na preparat muzealny cewki nie przecinano. W dnie uchyłka znajdują się jeszcze dwa postronkowate zgrubienia, przebiegające skośnie ku tyłowi zewnątrz, a gubiące się w ujściach moczowodów. Moczowody tuż przy ścianie pęcherza rozszerzone ampułkowato; dalszy ich przebieg odpowiada obrazowi zwykłej puchliny nerkowej (hydronephrosis), t. j. są one rozszerzone, ściana zgrubiała, w osi długiej pokręcone, przeglądają i wypuklają się przez otrzewnę.

Obie nerki powiększone, — ułożenie ich prawidłowe. Nerka lewa powiększona, przegląda przez ścieńczałą nad nią otrzewną jako guz o powierzchni nierównej. Wymiary 8—4·5—3·5. Przez torebkę przeglądają torbiele; torebka schodzi nieco trudniej; powierzchnia, z powodu wypuklających się torbielek, nierówna. Na powierzchni, pośród licznych drobnych torbielek, widać parę znaczniejszych, wielkości grochu, o ścianach ścieńczałych, a treści wodojasnej. Na przekroju spotykamy następujący obraz: miedniczka rozszerzona, miąższ nerkowy, w stosunku do wielkości narządu, ścieńczały, na najgrubszych miejscach wynosi 12 ctm. O odgraniczeniu piramid i budowie mowy niema; nigdzie śladu prawidłowego utkania, a całość zajęta bardzo licznymi, od najdrobniejszych, prawie że drobnowidowych, do wielkości siemienia, torbielkami. Treść ich wszystkich przeźroczysta, płynna, wodojasna, ściany gładkie. Barwa całego utkania szaro-różowa, miąższ jędrny, zbity. Ściany miedniczki zgrubiałe, kielichy rozszerzone, pojedyncze brodawki niewidoczne, a na ich miejscu po kilka małych, jakby ukłócia szpilki, otworków. Błona śluzowa miedniczki szarawo-biała; miedniczka, jakoteż moczowód lewy, zawierają skąpą ilość cieczy przeźroczystej.

Nerka prawa powiększona, jednak od lewej mniejsza, wymiary 6·5—3·5—2·5. Torebka schodzi łatwo; po zdjęciu jej widać powierzchnię zasianą licznymi, bardzo drobnymi wielkości maku torbielkami. Torbielki te są szaro-białawe, na szczycie przeświecające, nie wypuklają się. Na powierzchni całej nerki widać wyraźne pojedyncze zraziki (renculi). Odgraniczenie i budowa na przekroju widoczne; barwa różowa. W istocie korowej i rdzennej widać mniej liczne, drobne torbielki. Miedniczka i kielichy rozszerzone, ściana ich zgrubiała, barwa błony śluzowej szaro-biaława, a na tem tle widać szaro-różowe szczyty przypłaszczonych brodawek. Miedniczka i moczowód są wypełnione treścią moczową, przeźroczystą, o charakterze nieco śluzowym. Naczynia nerkowe żylne i tętnicze nie okazują zmian makroskopowych.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie diazoreakcyi Ehrlicha w moczu

napisał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz.

(Ciąg dalszy).

II. Vitia cordis. W przebiegu chorób narządu krążenia wykonano 2016 razy diazoreakcyę w 107 przypadkach, a mianowicie:

w przebiegu	*Endarteritis chron.*	603	razy w	34	przyp.
„	*Endocardit. aort. chr.*	132	„ „	5	„
„	„ *mitral. chron.*	732	„ „	35	„
„	*Endocard. mitr. Myocard.*	19	„ „	2	„

w przebiegu	*Pericardit. chr. adhaes.*	85	razy w	5 przyp.
„	*Myocarditis chron.*	353	„ „	19 „
„	*Insuff. m. cordis in ind. c. kyphoscoliosi*	92	„ „	7 „
		2016	„ „	107 „

Prawie w każdym pojedyńczym przypadku wykonywano znaczniejszą liczbę diazoreakcyj: od 34—98. W 20-tu przypadkach, w czasie spostrzegania klinicznego, nastąpiło zejście śmiertelne. Zazwyczaj diazoreakcya nie występowała w moczu w przebiegu zaburzeń w narządzie krążenia; w rzadkich przypadkach i to skoro poczynały się objawy znaczniejszej niedomogi mięśnia sercowego, wytwarzały się zawały krwawe w płucach, lub dołączała się n. p. sprawa zapalno-ropna w tkance podskórnej, lub w narządach wewnętrznych, można było ją stwierdzić w moczu, jako zjawisko przemijające. Nie zawsze jednak w czasie niedomogi mięśnia sercowego pojawiała się w moczu diazoreakcya Ehrlicha; w kilku przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne i gdzie sekcya nie wykazała żadnego powikłania, pomimo wykonywania diazoreakcyi 48, 65, 66 razy, otrzymywaliśmy wynik ujemny. Diazoreakcya w przebiegu zaburzeń w narządzie krążenia nie jest przeto zjawiskiem stałem; w razie jednak wystąpienia jej w moczu stanowi częstokroć zapowiedź znaczniejszej niedomogi mięśnia sercowego; z chwilą polepszenia się stanu mięśnia sercowego zwykła ustępować.

III. Choroby narządu trawienia.

a) W przebiegu zaburzeń w przewodzie pokarmowym (żołądka i jelit) wykonano diazoreakcyę w 56 przypadkach 482 razy a mianowicie:

w 6	przypadkach	*Catarrhus ventriculi acid.*	68	razy
w 8	„	„ *gastroduodenalis*	79	„
w 4	„	*Gastritis acuta*	25	„
w 3	„	*Gastroenteritis choleriformis.*	8	„
w 10	„	*Catarrhus ventriculi mucosus*	79	„
w 6	„	*Ulcus ventriculi rotundum.*	113	„
w 4	„	*Enteritis follicularis.*	79	„
w 11	„	*Dysenteria*	11	„
w 1	„	*Typhlitis stercoralis*	6	„
w 2	„	*Coprostasis*	3	„
w 1	„	*Stenosis intestinorum e periton. chr.*	11	„
w 56			482	„

We wszystkich tych przypadkach diazoreakcya wypadła ujemnie i tylko w przebiegu zapalenia mieszkowego jelit, w okresie ropienia (Enteritis follicularis in stadio suppurationis), od czasu do czasu, zgodnie z pojawieniem się gorączki, można było zauważyć i diazoreakcyę w moczu. Nadmieniamy jednak, iż nie należy mięszać odczynu bilirubinowego w przypadkach żółtaczki, który występuje po dolaniu do moczu żółtaczkowego odczynnika Ehrlicha (kwas sulfanilinowy, kwas solny, azotyn sodowy), powodując zabarwienie burgundowo czerwono, atoli znika po podaniu amoniaku.

b) W przebiegu chorób wątroby wykonano diazoreakcyę w 14 przypadkach 344 razy. W 9 przypadkach marskości zanikowej miąższu wątrobowego (Cirrhosis hepatis atrophica) wykonano diazoreakcyę 239 razy — i to w 2 przypadkach po 90 razy, a w innych po kilka lub kilkanaście razy. Sekcyą stwierdzono w 2 przypadkach rozpoznanie kliniczne. Nadmienić należy, iż jeśli nie zachodzi powikłanie marskości miąższu wątrobowego ze zmianami przewlekłemi nerek, występuje w moczu od czasu do czasu diazoreakcya niezależnie od bilirubiny. Natomiast nie stwierdzono ani razu diazoreakcyi w przebiegu 4 przypadków kamicy żółciowej (Cholelithiasis) podczas przesuwania się kamyków żółciowych (Colica hepatica), pomimo 38° C. gorączki i wykonania diazoreakcyi 89 razy. W jednym tylko przypadku, gdzie sekcya stwierdziła zapalenie błonicze ściany woreczka żółciowego (Cholecystitis diphteritica e cholelithiasi. Abscessus hepatis) i ropnie w miąższu wątrobowym, w ciągu 16-dniowej obserwacyi klinicznej, każdego dnia można było zauważyć diazoreakcyę Ehrlicha w moczu.

IV. Morbus Brighti. W przebiegu przewlekłego zapalenia nerek wykonano diazoreakcyę Ehrlicha w moczu 1151 razy w 65 przypadkach chorobowych. W 14 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne z powodu zapalenia przewlekłego nerek, przyczem oględziny pośmiertne nie wykazały żadnego powikłania. Liczba doświadczeń w pojedynczym przypadku wynosiła 76, 66, 65, 52, 40, 36 (2 razy), 32, 30 (5 razy); zresztą wykonano diazoreakcyę w pojedynczych przypadkach po kilka lub kilkanaście razy. Wynik zawsze był ujemny nawet i wtedy, gdy w przebiegu zapalenia przewlekłego nerek dołączyła się krótkotrwała gorączka z powodu powikłania z zapaleniem dławcowem migdałków (tonsillitis crouposa), lub z zapaleniem miąższowem migdałków (tonsillitis parenchymatosa). Tylko w 2 przypadkach u chorych, u których poprzednio przez dłuższy czas z powodu cierpienia skóry stósowano zewnętrznie przetwory chryzorabinowe, występowała diazoreakcya od czasu do czasu w słabym stopniu.

V. Choroby układu nerwowego.

W przebiegu chorób nerwowych wykonano 990 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, w 75 przypadkach chorobowych, a mianowicie w przebiegu:

Neurasthenia	60	razy	w 8	przyp.
Hysteria	36	„	w 7	„
Epilepsia	168	„	w 11	„
Paralysis agitans	10	„	w 1	„
Chorea major	3	„	w 1	„
Mbs. Basedovi	15	„	w 2	„
Idiotismus-Cretin.	18	„	w 2	„
Commotio cerebri	9	„	w 2	„
„ *medullae spin.*	19	„	w 1	„
Paralysis nervi fac.	22	„	w 1	„
Pacchymening haem.	2	„	w 1	„
„ *cervicalis hypertroph.*	1	„	w 1	„
Tumor ad basim cerebri	33	„	w 5	„
Apoplexia cerebri. Hemipl.	115	„	w 5	„
Dementia (Scleros. diss.)	53	„	w 3	„
Paralysis bulbaris	38	„	w 1	„
Tabes dorsualis	131	„	w 4	„
Sclerosis lateralis	23	„	w 3	„
Myelitis transversa	109	„	w 9	„
Syringomyelia	54	„	w 1	„
Neuritis ischiadica	68	„	w 6	„
	990	„	w 75	„

We wszystkich przypadkach nie stwierdzono ani razu diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, pomimo że w przypadku zapalenia przerostowego opony rdzenia pacierzowego w czę-

ści szyjnej (Pacchymeningitis hypertrophica cervicalis) nastąpiło zejście śmiertelne wśród głębokiej odleżyny na kuprze i za życia kilkakrotnie spostrzegano ciepłotę 38° C. a odczyn wykonano na kilka dni przed śmiercią. Liczba doświadczeń ograniczała się do kilkunastu w pojedynczym przypadku; niekiedy jednak dochodziła wcale pokaźnej ilości i tak n. p. w wiądzie rdzenia pacierzowego (Tabes dorsualis) po 80 i 42 razy, w udarze mózgowym (apoplexia cerebri) 99 razy; w padaczce (epilepsia) 116 razy itd.

VI. Choroby krwi i nieprawidłowej przemiany materyi.

a) W przebiegu niedokrewności wykonano 326 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, w 22 przypadkach chorobowych, a mianowicie:

w przebiegu	*Chloranaemia*	wykonano	70	razy	w 9	przyp.
„	*Haemophilia*	„	10	„	w 1	„
„	*Anaemia perniciosa* . .	„	73	„	w 4	„
„	*Hydraemia p. dysenteriam*	„	104	„	w 5	„
„	*Leucaemia* .	„	30	„	w 2	„
„	*Pseudoleucaemia*	„	39	„	w 1	„

We wszystkich tych przypadkach diazoreakcya wypadła ujemnie. W przypadkach białaczki prawdziwej i wrzekomej można było niejednokrotnie stwierdzić gorączkę wyższą nad 39° C. W jednym przypadku złośliwej niedokrewności postępowej, białaczki i choroby Hodgina nastąpiło zejście śmiertelne, a sekcya nie wykazała żadnego powikłania.

b) W 2 przypadkach cukrówki (diabetes mellitus), gdzie ilość cukru wahała między 7·5% a 9·5%, wykonano 46 razy diazoreakcyę. Diazoreakcya w przebiegu cukrówki dawała wynik ujemny i tylko raz w przypadku, który zakończył się śmiertelnie, zauważono w przebiegu krwawego zawału płucnego diazoreakcyę w moczu. Sekcya w tym przypadku wykazała: *Embolia arteriae pulmonalis utriusque. Hyperaemia passiva renum et hepatis. Gangraena lobi superioris d. post infarctum.*

VII. Zatrucia ostre w ustroju. W przebiegu zatrucia ustroju wyskokiem, gazami, alkaloidami, metaloidami wykonano w 13 przypadkach 64 razy diazoreakcyę, a mianowicie:

w przebiegu ostrego zatrucia wyskokiem	w 5	przyp.	wykonano	42 razy
w przebiegu ostrego zatrucia tlenkiem węgla	w 1	„	„	1 „
w przebiegu ostrego zatrucia kokainą	w 1	„	„	2 „
w przebiegu ostrego zatrucia morfiną	w 1	„	„	2 „
w przebiegu ostrego zatrucia kwasem karbolowym . .	w 1	„	„	3 „
w przebiegu ostrego zatrucia fosforem	w 4	„	„	13 „ ;

nigdy nie otrzymano diazoreakcyi w moczu. Wszystkie przypadki były wkrótce po zatruciu leczone w szpitalu i zakończyły się pomyślnie, prócz zatrucia CO.

VIII Rozmiękczenie kości. (Osteomalacia). W przebiegu rozmiękczenia kości wykonano 47 razy diazoreakcyę u 6 kobiet; wynik zawsze był ujemny. Badaniu podlegały cięższe przypadki. Liczba doświadczeń w jednym przypadku wynosiła 30, a w drugim 13, zresztą ograniczono się do jednorazowego badania.

IX. Dur brzuszny. (Typhus abdominalis). W durze brzusznym wykonano diazoreakcyę 836 razy w 40 przypadkach chorobowych. Przeważnie były ciężkie przypadki duru brzusznego w pełnym rozwoju; tylko w jednym przypadku chory znajdował się w leczeniu szpitalnem, z powodu zakrzepu żyły udowej lewej, w następstwie przebytego duru brzusznego. W każdym przypadku duru brzusznego z początku choroby, a mianowicie w I. i II. okresie klinicznym, zauważyć można było silną diazoreakcyę, która w III. okresie klinicznym słabła znacznie, a w IV. brakowało jej.

Jeśli pomimo wysokiej gorączki diazoreakcya słabiej wypadała, lub był jej brak, zawsze można było dobrze rokować; jeśli zaś pomimo zmniejszenia się gorączki, lub nawet jej ustąpienia, diazoreakcya utrzymywała się w tym samym stopniu, albo nawet wzmagała się, stanowiło to zapowiedź nawrotu lub zejścia śmiertelnego. W jednym zaledwie przypadku u nałogowego pijaka, po przebytym durze brzusznym, można było jeszcze przez kilkanaście dni, w okresie ozdrowienia, stwierdzić diazoreakcyę Ehrlicha w moczu. Na 40 chorych tylko dwie osoby zmarły z duru brzusznego; jedna w końcu II. okresu klinicznego i anatomicznego — bez powikłania, druga z powodu powikłania duru brzusznego ropniami płuc. W obu przypadkach diazoreakcya występowała bardzo silnie aż pod koniec życia. Zresztą pomimo powikłań z zapaleniem ropnem ucha środkowego, lub głębokiemi odleżynami (w 4 przypadkach), zgodnie z brakiem diazoreakcyi w moczu, nastąpiło wyzdrowienie. W jednym przypadku dur brzuszny przebiegał z pozorami: *Nephrotyphus.* Najwięcej w pojedynczym przypadku wykonano diazoreakcyę 53, 46, 45 razy; najmniej 11 razy. W przypadku w którym chory okazywał zakrzep żyły udowej, w następstwie przebytego duru brzusznego, wykonano 38 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym. Na podstawie naszego doświadczenia klinicznego uprawnieni jesteśmy do twierdzena, iż diazoreakcya występuje zawsze w pierwszych okresach duru brzusznego i stanowi dlań jeden z objawów chorobowych; tudzież, że pojawienie się diazoreakcyi w durze brzusznym wskazuje na sprawę chorobowa rozwijającą się, a więc tem samem groźną i nie dozwalającą na dobre rokowanie, podczas gdy ustąpienie jej jest zapowiedzią pomyślnie przebiegającego duru brzusznego. Wystąpienie diazoreakcyi w okresie ozdrowienia wskazuje na nawrot duru brzusznego. Diazoreakcya w durze brzusznym, to drogowskaz dla lekarza.

X. Zimnica. (Intermittens, — Malaria). W przebiegu zimnicy wykonano 337 razy diazoreakcyę w 61 przypadkach chorobowych. W 56 przypadkach można było stwierdzić ostry okres chorobowy; w 5 przypadkach zakażenie zimnicze przewlekłe, charakteryzujące się zabarwieniem ziemistem skóry i obrzękiem przewlekłym śledziony. Przeważnie obraz chorobowy odpowiadał torowi zimnicy codziennej (Febris intermittens quotidiana), lub trzeciaczkowej (F. intermittens tertiana); w 2 tylko przypadkach torowi zimnicy czwartaczkowej (F. intermittens quartana), a w 3 przypadkach zimnica występowała pod postacią kliniczna nerwobólów — i to dwa razy w zakresie nerwu oczodołowego gór-

nego (neuralgia supraorbitalis), a raz nerwów lędźwiowych (neuralgia lumbalis). W jednym przypadku, w przebiegu przewlekłego zakażenia zimniczego, przebiegającego za życia z objawami klinicznymi niedokrewności złośliwej, sekcya stwierdziła: *Anaemia permagna. Melanosis hepatis ac lienis.* W przypadku tym wykonano diazoreakcyę 4 razy z wynikiem ujemnym. Zauważyć należy, że często w okresie ostrego napadu zimniczego, — jednak nie zawsze, pomimo 40° C. gorączki, — występuje diazoreakcya; prawie zawsze brak jej w okresie dreszczów. Niejednokrotnie można było stwierdzić diazoreakcyę przez kilka dni po napadach zimnicy. W przypadkach zakażenia przewlekłego jadem zimniczym diazoreakcya tylko raz wystąpiła; zresztą zawsze wynik jej był ujemny.

XI. Róża. (Erysipelas). W przebiegu róży wykonano diazoreakcyę 887 razy w 59 przypadkach. Największa liczba w pojedynczym przypadku wynosiła 23, 35, 36, 37, 39, 52 razy; zresztą wykonywano ją po kilka lub kilkanaście razy. I tu nie można przypisać diazoreakcyi ważniejszego znaczenia. W jednym bowiem przypadku, który zakończył się śmiertelnie z powodu róży, diazoreakcya przez cały czas obserwacyi klinicznej wypadała ujemnie. Sekcya w danym przypadku stwierdziła: *Dermatitis bullosa ac phlegmonosa cruris sin. Pacchymeningitis haemorrhagica. Atheromatosis universalis.* Podobnie i w przypadku klinicznego rozpoznania *Erysipelas cruris sin. ss. phlegmone*, gdzie gorączka przez kilka dni dochodziła 39·4° C, nie można było stwierdzić w ciągu 17-dniowej obserwacyi klinicznej ani jednego razu dodatniego wyniku diazoreakcyi. Wogóle, na 56 przypadków róży, stwierdzono w 26 przypadkach diazoreakcyę. Zazwyczaj towarzyszyła ona cięższym postaciom róży, choć nie brak jej było i przy lekkich. Należy też podnieść, iż diazoreakcya nie zależała od gorączki. Niejednokrotnie wydarzało się, iż gorączka już opadła, a diazoreakcya przez następnych kilka dni silnie występowała. Również i z obecności diazoreakcyi nie można wnioskować na skłonność szerzenia się róży, jak to poucza doświadczenie kliniczne; nieraz bowiem zauważono brak diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, chociaż sprawa chorobowa okazywała charakter róży wędrującej.

Zapalenie ropne tkanki podskórnej (Phlegmone erysipelatosa) jako powikłanie róży nie wpływało na pojawienie się diazoreakcyi. Niemniej i zapalenie ropne w innych narządach, jak n. p. w jednym przypadku u kobiety, u której w następstwie silnej róży twarzy i głowy, połączonej z wysoką, do 40° C. dochodzącą gorączką, dołączyło się zapalenie ropne gruczołu przyusznego (parotitis suppurativa sin.). W przypadku tym wykonano 35 razy diazoreakcyę zawsze z wynikiem ujemnym.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.

Badania kliniczne wyników obustronnego trzebienia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego

podali

Prof. Dr. Albarran i Dr. Bolesław Motz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

II. Wpływ trzebienia obustronnego na pęcherz.

Dzięki badaniom Guyona i Bohdanowicza wiemy, jak ważną odgrywa rolę pęcherz wśród objawów „prostatyzmu“. Znamy szereg przypadków tego cierpienia, w których, pomimo wybitnych objawów, rozmiary gruczołu krokowego pozostały zupełnie prawidłowe. Na 130 prostatyków, badanych przez nas w tym kierunku [1]), u 36 badanie przez odbytnice nie mogło wykazać wcale powiększenia tego gruczołu. Koniecznem jest przeto dla ocenienia wpływu obustronnej kastracyi w przeroście gruczołu krokowego, zbadać działanie tego zabiegu na pęcherz, a przedewszystkiem na jego kurczliwość. Rozpatrzymy to według 4 kategoryj podanego powyżej podziału.

a) Utrudnione moczenie bez zatrzymania moczu. U chorych tego rodzaju kurczliwość pęcherza jest utrzymana, lecz zwiększona częstość moczenia wskutek przekrwienia pęcherza i gruczołu krokowego, a niekiedy i wskutek przyłączającego się zapalenia (cystitis). Według zebranej statystyki obustronna kastracya u takich chorych prowadzi szybko do wyzdrowienia lub do znacznej poprawy objawów utrudnienia moczenia i zapalenia pęcherza. Ponieważ objawy te u prostatyków należy kłaść na karb przedewszystkiem stanu przekrwienia, z drugiej zaś strony we wszystkich tych przypadkach spostrzegano zmniejszenie rozmiarów gruczołu krokowego, przeto należy przyjąć, że otrzymana poprawa stanowi wynik ustąpienia przekrwienia w następstwie operacyi.

b) Przypadki z ostrem zatrzymaniem moczu. Wyniki, otrzymane po trzebieniu w tych przypadkach są rzeczywiście godne uwagi. Na 20 chorych operowanych, znajdujemy 3 przypadki śmierci; u pozostałych 17 poprawa nastąpiła z szybkością niekiedy zastanawiająca. Czterech z pomiędzy nich było w możności już w kilka godzin po operacyi oddać mocz samodzielnie, 8 zaś w ciągu pierwszego tygodnia. W najpóźniejszym przypadku poprawa ta nastąpiła dopiero po upływie miesiąca od operacyi. Jednakże spostrzeżenia nie są dość dokładne co do tego, czy wszyscy chorzy po operacyi doszli do możności dokładnego opróżniania pęcherza, lub też ilu ich musiało jeszcze używać cewnika.

Dodać tu należy, iż ani jeden z autorów nie podaje, aby widział w jakim przypadku po operacyi powtórne zatrzymanie moczu, nawet w ciągu obserwacyi rocznej lub dwuletniej. Jest to tem godniejsze uwagi, jeśli uwzględnimy jak częste bywają nawroty tego cierpienia u prostatyków. Co się tyczy mechanizmu poprawy w tych przypadkach, to niewątpliwie i ustąpienie przekrwienia ma znaczenie pierwszorzędne.

c) Przypadki z zatrzymaniem przewlekłem niezupełnem. Odnoszących się tu spostrzeżeń zebraliśmy 41, z pomiędzy których 4 zejścia śmiertelne, u 4 chorych ilość moczu zostającego nie zmniejszyła się po operacyi wcale, w 14 przypadkach nastąpiła poprawa ze zmniejszeniem się pozostającej ilości, wreszcie u 19 chorych wyleczenie zupełne tak, iż mogli oni opróżniać pęcherz — dokładnie i dobrowolnie.

Obok zmniejszania się lub znikania pozostającego w pęcherzu moczu, we wszystkich spostrzeżeniach zaznaczają autorzy poprawę lub ustąpienie zapalenia (cystitis) i rzadsze oddawanie moczu. Mówiąc wogóle, zmniejszanie się gruczołu krokowego posuwało się równolegle do zmniejszania ilości pozostającego moczu, aczkolwiek i w tym względzie były wyjątki. W jednym mianowicie przypadku chory po operacyi nie potrzebował już pomocy cewnika, chociaż przez 9 miesięcy jeszcze gruczoł krokowy pozostawał dużym; przeciwnie zaś u innego chorego, pomimo stopniowego zmniejszenia się gruczołu przynajmniej o $^3/_4$ pierwotnej wielkości, ilość pozostającego moczu w ciągu 2 lat utrzymywała się na tym samym poziomie. Z pomiędzy więc całej liczby operowanych w 33 przypadkach nastąpiło wyleczenie lub poprawa w czynności pęcherza; w przypadkach zaś niepomyślnych, gdzie nie zmniejszyła się ilość pozostającego moczu, przynajmniej moczenie stało się rzadsze.

[1]) Motz. Resultats de l'examen clinique de 130 prostatiques. *Congrès d'urologie*, 1897.

d) Przypadki z zatrzymaniem przewlekłem zupełnem. Ogólna liczba należących tu spostrzeżeń wynosi 49; w nich: 10 przypadków śmierci, 5 nieudanych pod względem poprawy w moczeniu, w 14 samodzielne moczenie powróciło częściowo i w 20 wyleczenie, gdyż chorzy po operacyi mogli opróżniać pęcherz w zupełności.

Rozpatrując bliżej przypadki nieudane spostrzegamy i tu pewne polepszenie, wyrażające się rzadszą potrzebą cewnikowania; zresztą spostrzegania, dotyczące tych chorych, przeważnie prowadzone były zbyt krótko. W przypadkach wyleczenia lub polepszenia godne jest zaznaczenia, że poprawa następowała szybko po operacyi, częstokroć tego samego dnia, lub nazajutrz po operacyi, wreszcie na trzeci dzień. Jednakże w większości przypadków następowało to dopiero w parę lub kilka tygodni. Wielu z tych chorych cierpiało na zatrzymanie moczu od bardzo dawna, od lat wielu. Nie jesteśmy jednakże w możności na podstawie danych, które posiadamy, określić jakiegoś stosunku pomiędzy długością trwania cierpienia i rodzajem otrzymanych wyników, wszakże pomiędzy spostrzeżeniami są takie, w których wyleczenie nastąpiło po 3—18 latach trwania choroby.

Wogóle mówiąc, polepszenie postępuje stopniowo i zazwyczaj równolegle ze zmniejszaniem się gruczołu krokowego, które jednakże niekiedy nawet nie następuje. Nie można jednakże orzec, czy lepsze są wyniki w przypadkach przerostu miękkiego czy twardego.

Dla wytłómaczenia dodatniego wpływu trzebienia w przypadkach utrudnionego moczenia i ostrego zatrzymania moczu u prostatyków wystarczało przytoczyć usunięcie przekrwienia, od którego przedewszystkiem zależą występujące tu objawy chorobowe. Inne czynniki uwzględnić należy w zatrzymaniu przewlekłem; nimi są: z jednej strony istnienie przeszkody mechanicznej ze strony przerosłego gruczołu krokowego, z drugiej, siła kurczliwości pęcherza. Na sam gruczoł krokowy trzebienie, jak widzieliśmy, działa dwojako, usuwając przekrwienie i powodując zanik tkanki gruczołowej; w ten więc sposób zmniejsza się przeszkoda mechaniczna do opróżniania pęcherza. Z drugiej strony wytrzebienie zwiększa siłę kurczliwości pęcherza, jak tego dowodzą badania doświadczalne jednego z nas (Albarran). Badając za pomocą manometru kurczliwość pęcherza u chorego, cierpiącego na zatrzymanie moczu niezupełne, stwierdzić można było: 1) przed operacyą kurczliwość pęcherza udawało się pobudzić dopiero wprowadzeniem 300 grm. płynu i po chwilowem trwaniu, znikała znowu; 2) w 3 miesiące po wytrzebieniu dla pobudzenia kurczliwości, wystarczało już 180 grm. i siła jej wzmagała się w miarę wlewania płynu do pęcherza.

Tego dodatniego wpływu na ściany pęcherza nie możemy tłómaczyć samem tylko zmniejszeniem się gruczołu krokowego, gdyż mamy spostrzeżenia kliniczne, gdzie w takich przypadkach nastąpiła zupełna poprawa, podczas gdy rozmiary gruczołu nie uległy zmianie, i to poprawa występująca niekiedy już w kilka godzin lub w kilka dni po operacyi. Przypuścić więc należy tu pewien wpływ dynamiczny trzebienia na tę siłę kurczliwości pęcherza, będącą u prostatyków do pewnego stopnia w stanie utajenia.

Ciężkość zabiegu operacyjnego.

W następstwie trzebienia obustronnego powstają pewne zaburzenia ogólne, szczególnie w sferze psychicznej, nadto zabieg ten daje znaczną odsetkę śmiertelności. Według zebranych przez nas liczb znajdujemy na 124 przypadki 18 przypadków śmierci, a więc 14.5%. Ta rzeczywiście duża śmiertelność zależy niewątpliwie od tego, że znaczna liczba tych chorych bywa operowaną wśród objawów zakażenia nerkowego lub ogólnego. Jednakże, jeżeli porównamy wynik taki z danemi liczbowemi, odnoszącemi się do prostatyków ze szpitala Neckera, u których nie robiono wcale operacyi, a śmiertelność wynosi 31 na 220 przypadków, czyli 14%, to widzimy, że liczby te, tu i tam są identyczne. Dowodzi więc to, iż operacya sama przez się nie jest ciężką i że unikniemy takiej śmiertelności, operując tylko takich chorych, u których nie znajdziemy przeciwwskazań w rodzaju wymienionych powyżej.

Zaburzenia psychiczne występują, przybierając czasem nawet postać ciężką, trwają zazwyczaj jednak krótko, kilka dni i znikają bez śladu. W przypadkach bardzo ciężkich, zakończonych śmiercią, niepodobna orzec, o ile przyczyną tu nie były powikłania ogólne, zależne od zakażenia i zatrucia moczowego. Z drugiej strony istnieją spostrzeżenia dowodzące dodatniego wpływu operacyi na stan umysłowy.

Wskazania obecne do trzebienia.

Przytoczone badania kliniczne dowodzą, jak znakomite wyniki lecznicze daje trzebienie obustronne u prostatyków.

Rozpatrując wyniki te według kategoryj, widzieliśmy, iż trudności w moczeniu i zapalenie pęcherza ustępowały lub ulegały zmniejszeniu we wszystkich przypadkach; ostre zaś zatrzymanie moczu zawsze ustępowało bardzo szybko. W przypadkach zatrzymania moczu przewlekłego niezupełnego po trzebieniu pozostałość moczu w pęcherzu znikała zupełnie, lub zmniejszała się i objawy chorobowe ucichały. Wreszcie w przypadkach zatrzymania przewlekłego zupełnego operacya uleczyła wielu chorych, dotąd będących niewolnikami cewnika, u innych nastąpiła znaczna poprawa, wraz z polepszeniem stanu kurczliwości pęcherza.

Wyniki te z czasem jeszcze wzrastają i w ten sposób, zamiast groźnego postępu cierpienia, rozwija się wzrastające stopniowo polepszenie stanu zdrowia.

Wobec tak pomyślnych wyników pooperacyjnych zabieg ten należałoby polecać w większości przypadków. Jednakże rzadko kiedy chory, nawet w bardzo późnym wieku, zgadza się chętnie na wytrzebienie; z drugiej zaś strony nie należy zapominać, że operacya ta, aczkolwiek nie groźna u osób zdrowych, łatwo może przyśpieszyć śmierć u ciężko chorych.

Z tych więc powodów należy odrzucić operacyę w przypadkach zakażenia nerek, lub ciężkiego zakażenia ogólnego; nadto w tych przypadkach przerostu gruczołu krokowego, które mogą być wyleczone sposobami prostszymi. Dopiero kiedy te okażą się nieskuteczne lub kiedy wystąpią nawroty cierpienia, grożące przejściem w stan przewlekły, wówczas można polecić zabieg operacyjny, zarówno jako środek leczniczy, jak i zapobiegawczy.

Istnienie w przeroście gruczołu krokowego guza wewnątrzpęcherzowego, w okolicy szyjki, nie stanowi stanowczego przeciwwskazania; jednakże odpowiedniejszy zabieg stanowi tu prostatektomia, która działa tu bezpośrednio na miejsce przeszkody i bez wielkiego niebezpieczeństwa daje wyniki bardzo dobre i znacznie pewniejsze, niż trzebienie.

Odkąd Socin starał się udowodnić, że trzebieniem nie osięga się prawie żadnych wyników w przypadkach przerostu twardego, wielu autorów tę postać przerostu gruczołu krokowego uważa za przeciwwskazanie do operacyi. Niestety, nie mamy żadnych pewnych danych do ocenienia związku pomiędzy budową histologiczną gruczołu, a jego zbitością. Twierdzenie, iż gruczoły twarde odpowiadają postaciom przerostu włóknistego, miękkie zaś odpowiadają przerostowi gruczołowemu, jest bardzo często mylne i nie odpowiada rzeczywistości, która daje przykłady wprost przeciwne. Nie można przeto opierać wskazań operacyjnych na wrażeniu, co do zbitości gruczołu, jakie otrzymujemy badaniem przez odbytnicę, tembardziej, że i istnienie przerostu twardego nie stanowi przeciwwskazania do trzebienia, które i w takich przypadkach wpływać może dodatnio. Tłómaczy się to tem, że i w przeroście włóknistym znajduje się jeszcze dość tkanki gruczołowej; z drugiej zaś strony doświadczenia wykazują, że i samo podścielisko z tkanki łącznej ulegać może pewnym zmianom po operacyi.

Nadto zawsze uwzględniać należy i to, że pomyślne wyniki po trzebieniu obustronnem przypisać trzeba nietylko wpływowi na przerosły gruczoł, lecz i bezpośredniemu dzia-

łaniu na ściany pęcherza, co może mieć miejsce w każdej postaci przerostu.

Co się tyczy kurczliwości ścian pęcherza, to jej utrata nie zdaje się nam, aby stanowiła przeciwwskazanie operacyjne. Wiemy, że zmiana ta stanowi następstwo stwardnienia (sklerozy) ściany pęcherzowej; jeżeli więc zmiany te są wysokiego stopnia i kurczliwość pęcherza znikła od dłuższego czasu, to wobec nieuleczalności takiego stanu słusznem zdaje się zdanie, iż operacya jest tu bezcelową i niepotrzebną.

Jednakże nie wiemy bynajmniej, czy taka zupełna utrata kurczliwości była kiedy stwierdzona u prostatyków: nie znajdujemy bowiem nigdzie w zebranych spostrzeżeniach. W każdym razie zmniejszenia, czy utraty kurczliwości pęcherza u prostatyków nie można kłaść na karb tylko stwardnienia (sklerozy), lecz uwzględnić trzeba i dwa inne czynniki, utrudniające odpływ moczu, a mianowicie przerost gruczołu i przekrwienie ściany. Jakkolwiek usiłowalibyśmy tłómaczyć teoretycznie ten fakt, niewątpliwą jest rzeczą, że pęcherze niezdolne do opróżniania się nawet od dłuższego czasu, po wytrzebieniu odzyskiwały w mniejszym lub większym stopniu swą kurczliwość. Jeżeli dodamy, że w niektórych z pomiędzy tych przypadków gruczoł krokowy nie miał dużych rozmiarów, przypuścić należy, iż trudność moczenia zależną była głównie od słabości pęcherza.

Aczkolwiek zatem na podstawie dotychczasowych danych klinicznych nie możemy określić dokładnie wzajemnego stosunku pomiędzy stanem kurczliwości pęcherza a wskazaniem lub przeciwwskazaniem do trzebienia, nie ulega wszakże wątpliwości, iż operacya ta przedstawia daleko więcej widoków powodzenia tam, gdzie kurczliwość pęcherza jeszcze się zachowała: choć z drugiej strony spostrzeżenia dowodzą możliwości poprawy po wytrzebieniu w takich przypadkach, w których kurczliwość ta zdawała się zupełnie zniesioną.

W końcu podnieść musimy dodatni wpływ obustronnego trzebienia na inne czynniki wśród objawów prostatyzmu. Mianowicie, operacya ta ułatwia wprowadzanie cewnika, zwalcza potężnie przekrwienia pęcherza nawet krwotoczne, wreszcie stanowi najpewniejszy środek w przypadkach często powracających zapaleń jąder u prostatyków.

IV. Oceny i sprawozdania.

Ziegler: Lehrbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie und Pathogenese. Wydanie IX. Jena. 1898 r. Nakł. Fischera.

Szybko po sobie następujące wydania jakiegokolwiekbądź dzieła świadczą o jego poczytności, a w dziełach naukowych, i o wartości.

Tak się rzecz ma z anatomią patologiczną Zieglera, której część ogólna, zawierająca także patogenezę, ukazała się w dziewiątem wydaniu.

Częste pojawianie się nowych wydań czyni autorowi, zajmującemu bardzo poważne stanowisko w nauce, możliwem wciąganie i uwzględnianie najnowszych zdobyczy i postępu, szczególnie w sprawach ogólniejszego znaczenia, jak n. p. w kwestyi zachowania się ustroju wobec czynników zakaźnych, w której to sprawie uwzględnił autor literaturę nową, prawie po koniec 1897 roku.

Działy o zapaleniu i nowotworach, a pomiędzy tymi część o raku, uległy przerobieniu na podstawie najnowszej literatury. W dziale o zwyrodnieniach, w sprawie rozmaitych odmian zmiany koloidowej, skrobiowatej i szklistej stara się autor wprowadzić pewien ład i wyjaśnić, o ile to dzisiaj możliwe, zawiłe te zagadnienia.

Ważną zaletą podręcznika Zieglera są liczne ryciny wogóle, a szczególnie kolorowane, których do 100 przybyło w nowem wydaniu. Zaleta to wielka, wpływająca w pewnej mierze na poczytność dzieła Zieglera. Ryciny bowiem ułatwiają zrozumienie istoty zmian patologicznych, których nie zastąpią najdokładniejsze słowne opisy. Podręcznik ogólnej anatomii patologicznej Zieglera zasługuje w pełnej mierze na polecenie go, tak uczniom medycyny, jakoteż lekarzom, chcącym poznać najnowsze zdobycze nauki w tym dziale.

Prof. Browicz.

V. Wyciągi.

Reinbach: **Przyczynek do patologii i terapii przypadków słoniowaciny wrodzonej, wywołanych przez zasznurowanie postronkami omocznej.** *(Bruns, Beiträge XX).* Następstwa wywołane zasznurowaniem pojedyńczych części płodu sznurem pępowinowym lub postronkami omocznej, mogą być różne. Do najrzadszych należy wywołana przez takie zasznurowanie słoniowacina wrodzona. Jeden taki przypadek opisuje autor. Zajęta była kończyna dolna; słoniowacina sięgała do połowy podudzia i zajmowała stopę. Tu zatem postronek omoczniowy zacisnął naczynia chłonne i spowodował ich zanik; dopływ i odpływ zaś krwi odbywał się naczyniami w przestworze międzykostnym. Mikulicz w tym przypadku wyciął pierścień zaciskający, brzegi rany zeszył i wyciął klin z grzbietu stopy. *Herman.*

Elschnig: **Porażenie mięśni ocznych wskutek przerzutów nowotworowych.** *(Wiener klinische Wochenschrift,* 1898 Nr. 5). Autor opisuje dwa przypadki porażenia mięśni ocznych, których przyczyną były przerzuty raka. W pierwszym przypadku, gdzie za życia rozpoznano raka szyjki macicy z przerzutami w sutku, skórze i gruczołach chłonnych, a rozpoznanie to zostało następnie potwierdzone przez sekcyę, autor, badając mikroskopowo mięśnie oka lewego, znalazł we wszystkich przerzuty raka. Makroskopowo można było też w każdym mięśniu wykryć guzek. Za życia stwierdzono ze strony oka lewego wysadzenie gałki ocznej, zupełną jej nieruchomość, znieczulenie powierzchni gałki z następowym wrzodem rogówki. Badanie mikroskopowe nerwów oka wykazało zwyrodnienie. Przerzuty nowotworowe wogóle w mięśniach są rzadkością; co zaś się tyczy przerzutów w mięśniach ocznych, to prócz przypadku autora, jest tylko jeden znany. Pierwotne nowotwory mięśni ocznych są również nadzwyczajną rzadkością.

Drugi przypadek dotyczy chorego, u którego za życia stwierdzono opadnięcie powieki górnej oka lewego, zupełne porażenie mięśni zewnętrznych i wewnętrznych, znieczulenie powierzchni gałki ocznej. Badanie dna oka wykazało stosunki prawidłowe. Obok tego znaleziono złośliwy nowotwór gruczołu tarczykowego. Na sekcyi prócz guza głównego, znaleziono przerzut w zatoce jamistej, który zniszczył i przylegającą do zatoki część kości klinowej. Badanie nerwów, przechodzących w sąsiedztwie zatoki, wykazało zwyrodnienie. Nawiązując do tego przypadku, autor sądzi, że przy zaczopowaniu zatoki jamistej niekoniecznie musi nastąpić przekrwienie bierne w gałce ocznej i rozszerzenie żył w siatkówce. Sesemann już dawno wykazał, że żyła oczna ma liczne i szerokie połączenia z żyłami twarzy i że wskutek tego przy zaczopowaniu zatoki jamistej krew ma dostateczny odpływ tą drogą. Zastój i przekrwienie bierne na siatkówce są objawem raczej zapalenia ścian naczyń żylnych oczodołu, które przeszło z zatoki jamistej, co często się zdarza przy zapaleniach ucha środkowego. *Dr. Zalewski.*

Guido v. Török: **Niedrożność jelit (Ileus) z powodu dwukrotnego przekręcenia się jelita esowatego.** *(Wiener klinische Wochenschrift,* 1898 Nr. 7). Autor opisuje następujący przypadek: Chory przed ośmiu dniami dostał nagle bólów w pachwinie lewej. Od tego też czasu niema stolca, a od dni czterech nie odchodzą wiatry. W chwili przyjęcia do szpitala odbijanie, i pociąg do wymiotów. Badanie wykazuje: brzuch wzdęty silnie, przy dotykaniu bolesny; ruchy robaczkowe jelit występują dość łatwo; wypuk na całym brzuchu bębenkowy; nadto można wykazać obecność wol-

nego płynu w nieznacznej ilości. Badanie kiszki stolcowej jakoteż przewodów pachwinowych wykazało stosunki prawidłowe. Ogólny stan chorego nie budzi na razie obawy: język wilgotny; twarz blada; tętno 120, małe; ciepłota 37,8. Wlewania wysokie do kiszki stolcowej nie miały żadnego skutku. Płynu przy tych wlewaniach można było wprowadzić nie więcej nad 1 litr; rury gumowej nie było można wprowadzić do zagięcia esowatego. Drugiego dnia po przyjęciu do szpitala wystąpiły wymioty treści śmierdzącej lecz nie kałowej; twarz zapadła; język suchy; tętno bardzo chybkie i słabe. Tego samego dnia, t. j. na drugi dzień po przyjęciu, zrobiono operacyę z dobrym skutkiem. Po dwóch tygodniach chory opuścił szpital zupełnie zdrów.

W dalszej części swego artykułu, mówiąc w ogóle o częstości niedrożności jelit wskutek skręcenia się, podaje autor, że najczęściej powstaje z tego powodu niedrożność w Rosyi, co ma stać w przyczynowym związku z długością krezki i samego przewodu pokarmowego. Według Leichtensterna 50% wszystkich przypadków niedrożności z przyczyn wewnętrznych przypada na skręt jelita esowatego. Heidenhain oblicza tylko na 20%. Faggi oblicza częstość śmierci przy niedrożności jelit na 1,4%.

Przechodząc do porządku dziennego nad sporem autorów co do leczenia w ogóle niedrożności jelit, autor przytacza zdanie Eichhorsta, który powiada, że najwięcej widoków na wyleczenie przy niedrożności jelit wskutek przyczyn wewnętrznych ma szerokie otworzenie jamy brzusznej. Autor w zupełności podziela to zdanie.

(Przypadek ten pod względem anatomo-patologicznym podobny do tylu innych, co zresztą sam autor w początku swego artykułu przyznaje, pod względem klinicznym też nic osobliwego nie przedstawia. Pomimo to ciekawy jest pod jednym względem. Pomijając już to, że nasuwa się mimowoli wątpliwość, ażali rzeczywiście autor mógł tak dokładnie kontrolować, o ile wysoko wprowadził rurę gumową przy wlewaniach wysokich do jelit, uderza nas to, dlaczego nie operowano chorego w dniu przyjęcia, lecz pozwolono mu czekać jeszcze dzień, pomimo że chory był w niebezpieczeństwie życia i inne środki nic nie pomagały. Bezskuteczność terapii „nieczynnej“, ciężki stan ogólny, wysięk w jamie brzusznej, były bezwzględnem wskazaniem do natychmiastowej laparatomii. Szczęśliwy koniec nie usprawiedliwia autora bynajmniej. Przyp. referenta). *Dr. Zalewski.*

Prof. Dr. M. Löwit (Insbruk): **O sporozoach w białaczce (leukaemia)** *(Wien. klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 20). Na podstawie sześciu przypadków *(Centralblatt f. Bacteriologie* 1898, Tom XXIII, str. 206) podał niedawno L. wiadomość o wykryciu sporozoów we krwi i w narządach krwiotwórczych, u osób chorych na białaczkę. Obecnie badał on pod tym względem 16 nowych przypadków białaczki i ogłasza wyniki.

W t. zw. białaczce mięszanej znajdują się stale sporozoa we krwi, w ciałkach białych lub na nich, albo też w osoczu i to w każdym przypadku w ilości rozmaitej, bo 0·8—25% sporozoonośnych ciałek białych. Nie należy jednak uważać znachodzenia się sporozoów w ciałkach białych za objaw fagocytozy wolnych pozaciałkowych pasorzytów, albowiem widzieć można rozradzanie się sporozoów wewnątrz ciałek białych. Krew, uzyskana przez nakłócie ze śledziony, zawiera więcej tych sporozoonośnych ciałek białych, niż krew z palca. Prawdopodobnie więc należy uważać śledzionę, a także może i inne narządy krwiotwórcze, jako gniazda, gdzie bujają owe pasorzyty. Można też było wyśledzić na wyrobach barwionych krwi objawy zarodnikowania pasorzytów, których jednak na świeżych niebarwionych nie udało się L-owi widzieć. W narządach, ze zwłok wyjętych, jak w śledzionie, gruczołach chłonnych i w szpiku kostnym (w białaczce mięszanej), znalazł też L. owe sporozoa, które tutaj głównie znajdowały się w tkance, w pobliżu ciałek białych, a także, lecz rzadziej, w samych ciałkach białych. W przypadkach czystych t. zw. limfemii (lymphaemia, leukaemia lymphatica) sporozoów we krwi nie odkrył, ale za to w narządach krwiotwórczych; jednak nigdy ich w tych przypadkach nie widział w ciałkach białych, lecz w tkance.

Autor uważa pasorzyt ten białaczki, nazwany „haemamoeba leukaemiae“, jako jeden i ten sam w białaczce mięszanej i w białaczce chłoniczej, który jednak w pierwszej postaci tej choroby żyje we krwi i w narządach krwiotwórczych, zaś w ostatniej postaci znachodzi się tylko w narządach owych. W jednym przypadku: „anaemia infantilis pseudoleukaemica“, znalazł też L. pasorzyty białaczkowe we krwi i w śledzionie, coby popierało związek kliniczny, nieraz już spostrzegany, pomiędzy niektóremi postaciami białaczki prawdziwej, a wrzekomej (pseudoleukaemia).

Doświadczenia z przenoszeniem pasorzytów białaczki na zwierzęta właśnie autor rozpoczął i o ile dotąd może sądzić, z wynikiem dodatnim.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Alexander: **Przyczynek do poznania prawdziwego zrostu (ankylozy) stawu szczęki** *(Bruns. Beiträge XX)*. Prawdziwy zrost stawu szczękowego, t. j. zrośnięcie kostne lub włókniste, nie występuje jako cierpienie wrodzone. Jest zawsze cierpieniem nabytem skutkiem spraw zakaźnych, zapalnych, w sąsiedztwie się toczących (otitis media, zapalenie okostnej na kości skroniowej, lub samej szczęce dolnej) lub zajmujących sam staw szczękowy, jak to się zdarza w przebiegu płonicy, duru, gośćca stawowego, rzeżączki, *arthritis deformans*, rzadko gruźlicy. Rzadszym czynnikiem przyczynowym bywają uszkodzenia kości staw składających, skutkiem uderzenia.

W rozpoznaniu kierujemy się wywiadami, widocznemi zmianami w sąsiedztwie i dokładnem obmacywaniem; często dopiero w głębokiem uśpieniu rozstrzygnąć się nam udaje, która strona jest zajętą. Czasami obserwować można jedno- lub obustronny zanik gałęzi i trzonu szczęki i odeń zależną asymetryę twarzy. Zanik ten powstaje prawdopodobnie skutkiem nieczynności.

Następstwem cierpienia jest: niedostateczne odżywianie się, zaburzenia w mowie, czasem w oddychaniu i choroby jamy ustnej, której oczyścić nie można.

Celem leczenia jest przywrócenie ruchomości w stawie a nie, jak dawniej chciano, stworzenie stawu rzekomego w ciągłości kości. Powrotowi zesztywnienia zapobiedz się starano przez interpozycyę w staw mięśnia (Helferich, Mikulicz); Bergmann zaproponował znów wypiłowanie wyrostków stawowych, przesunięcie całej szczęki ku przodowi i utrzymanie jej w tem położeniu zapomocą rurki dentystycznej.

Herman.

Martin: **O operacyach na kiszce stolcowej.** *(Monatschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, Tom VII, Zeszyt V, r. 1898). Sposób operowania, podany przez autora, polega na tymczasowem okłóciu i podwiązaniu naczyń wokoło kiszki stolcowej, w dolnym jej odcinku, przez co osiąga się możność bezkrwawego dokonywania zabiegów operacyjnych, co w okolicy tak obficie unaczynionej jest rzeczą bardzo ważną. W ułożeniu chorej na wznak, z rozstawionemi udami, zakłada autor wokoło otworu stolcowego z czterech stron silne podwiązki jedwabne zapomocą mocnej igły, którą wbija głęboko w tkankę otaczającą kiszkę stolcową i wykłówa w skórze jak najbliżej miejsca wkłócia, a to w tym celu, ażeby uchwycić w podwiązkę jak najmniej skóry, gdyż przez to łatwiej węzeł daje się zacisnąć. Podwiązki te uciskają naczynia doprowadzające krew do kiszki stolcowej. Po założeniu podwiązek wycina n. p. autor w razie potrzeby błonę śluzową kiszki stolcowej w postaci klinów, zwróconych wierzchołkiem ku górze, podstawą zaś ku otworowi stolcowemu, i rany w ten sposób powstałe zeszywa jedwabiem, lub katgutem. Po wycięciu klinów z błony śluzowej z jednej części kiszki stolcowej, zwalnia odpowiednią podwiązkę i dokonuje zabiegu na reszcie kiszki. Sposobu swego używał M. przy wycinaniu guzów krwawnicowych, przy operacyach z powodu wypadania kiszki stolcowej, jako też przy wycinaniu blizn,

zwężających światło kiszki i w jednym przypadku raka, umiejscowionego w kiszce, w pobliżu otworu stolcowego. Wyniki otrzymał M. w swoich przypadkach dobre, nie przyszło bowiem nigdy do wytworzenia się blizn zwężających światło jelita, a możność zatrzymywania wiatrów i kału już po kilku dniach zazwyczaj wracała. *Piotrowski.*

Dr. Fischer: **O wyskrobywaniu macicy w przypadkach złego jej zwijania się w połogu.** *(Klinischtherapeutische Wochenschrift*, Nr. 21, r. 1898). Autor występuje przeciwko zapatrywaniu Knappa, który uważa samo złe zwijanie się macicy za wskazanie do wyskrobywania jej. Knapp radzi wyskrobywać w tych przypadkach, w których dno macicy w 8 dni po porodzie sięga do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem, bez względu na to, czy w jamie macicy pozostały cząstki popłodu, lub nie. Autor, przeciwnie, chce ograniczyć to wyskrobywanie do tych przypadków, w których istnieje uzasadnione podejrzenie, że w macicy pozostały cząstki popłodu i te przeszkadzają zwijaniu się jej. W przypadkach bowiem, w których nic w macicy po porodzie nie pozostało, a złe zwijanie się jest następstwem ogólnego stanu zdrowia położnicy, skrobanie macicy pozostanie bez wpływu na jej zwijanie się, a trzeba pamiętać, że wyskrobując macicę połogową, zawsze narażamy pacyentkę na niebezpieczeństwo zakażenia. *Piotrowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

W ostatnim katalogu E. Mercka z Darmstadtu znajdujemy cały szereg przetworów aptecznych, już to zupełnie nowych, już to znanych wprawdzie poprzednio, ale o których można teraz coś nowego powiedzieć. Zapewne wielka część z nich nie wywalczy sobie prawa bytu, a inne znajdą mało tylko zastósowanie; warto jednak rozejrzeć się w tym materyale, nie jednego spróbować, a wreszcie coś z nich przyswoić na stałe.

Zachowując porządek alfabetyczny, przyjęty w katalogu, podajemy w streszczeniu notatki o przetworach ważniejszych, które, zdaniem naszem, na zalecenie, lub chociaż na wzmiankę zasługują.

Aether jodatus (Jodek etylu) jest to ciecz bezbarwna, o składzie C_2H_5I, zapachu eterycznego, trudno w wodzie, a łatwo w wyskoku i eterze rozpuszczalna, blizko dwa razy cięższa od wody, wrąca przy 70°C, na świetle się rozkładająca, co można poznać po barwie czerwonej.

Środek, dotąd podawany wewnętrznie, lub w formie wdychiwań przy przewlekłym gośccu, dychawicy, kile i zołzach, znajduje obecnie, dzięki badaniom Linossiera i Lannoisa, szersze zastósowanie. Pędzlowanie bowiem skóry w ilości 9—10 grm. jodku etylowego powoduje wessanie się blizko 10% tego środka, co osiągnąć jeszcze łatwiej przez obłożenie watą i następnie zalepienie pędzlowanego miejsca. Środek więc dobry, gdzie chodzi o wprowadzenie jodu do ustroju przez skórę, a przewyższający w tym względzie nalewkę jodową i jodoform.

Zapisuje się podług wzoru:

Rp.: *Aetheris jodati 1,50—2,00*
Dentur tales doses Nr. 2 ad vitra nigra epistomeis vitreis clausa.

S.: 1—2 razy na dzień zawartością flaszeczki zapędzlować łydkę (lub okolicę międzyłopatkową) i natychmiast osłonić dokładnie to miejsce.

Acidum gymnemicum, lek znany już od lat kilku, polecany świeżo przez Tomasiniego w formie pędzlowań języka 1% wodnym roztworem przeciw złudzeniom smakowym gorzkim i słodkim, przedewszystkiem u umysłowo chorych.

Acidum cacodylicum, proszek biały, bezpostaciowy, w wodzie rozpuszczalny, lepszy od innych związków arsenu przy zwalczaniu łuszczycy.

Danlos zapisuje:

Rp.: *Acidi cacodylici 2,50*
Ol. menth. piper. gtt. II.
Sirup sacchari
Sirup cort. aurant. aa 20,00
Aquae destillatae 60,00.

Z tego podaje początkowo dziennie po 6 łyżeczek, po 3 tygodniach — po 4 łyżeczki, t. j. 0·50 grm. kwasu.

Że jednak środek ten, podobnie jak inne związki arsenu, może wywołać u pewnych osobników rozległy wyprysk z następowem długotrwałem łuszczeniem, to inni badacze uważają dawki te za zbyt duże i polecają je zwiększać stopniowo i zwolna.

Acidum naphtylaminsulfonicum $C_{10}.H_6.NH_2.SO_3H$. (naphtionicum). Jest to biały proszek, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwiej w płynach alkalicznych.

Ponieważ kwas ten daje z kw. azotowym kw. diazonaphtylaminsulfonowy, połączenie dla ustroju nieszkodliwe i łatwo się rozkładające, poleca go Riegler jako odtrutkę na azotyny a ma także zastósowanie w zatruciu jodem (Jodismus acutus). Z lepszym jeszcze skutkiem podają go w cierpieniach pęcherza moczowego, które łączą się z zasadowem oddziaływaniem moczu, gdyż rozpuszcza się on w nim łatwo, równocześnie go zakwaszając.

Zapisuje się:

Rp.: *Acidi naphtionici 3,00*
Divide in partes aeq. Nr. VI.
Da ad caps amylac.
S.: *co 3—4 godziny zażyć jeden proszek.*

Przy zatruciu jodem możnaby go zapewne podawać także jako tabaczkę.

Ostatecznie zmieszany z równą ilością naftolu β., służy jako czuły odczynnik na azotyny. (Dodawszy bowiem 0·02—0·03 tej mięszaniny do 15 ctm.³ zakwaszonego 2—3 kroplami kw. solnego badanego płynu, i dolawszy następnie po brzegu naczynia 1 ctm.³ amoniaku, otrzymujemy w miejscu zetknięcia się płynów czerwony pierścień, a przy zmieszaniu czerwone zabarwienie całej ilości cieczy, występujące nawet przy rozcieńczeniu 1:100.000).

Dr. J. Zychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. krak.

Posiedzenie z d. 13 Czerwca 1898 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 8.

Prof. Bujwid odczytuje memoryał „w sprawie zapobiegania rozszerzaniu się gruźlicy wogóle a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych“. Memoryał ten, którego tytuł zgłoszony zostanie przez Prof. Bujwida w dniu 15 czerwca b. r. na posiedzeniu przybocznej Rady zdrowia przy c. k. Ministerstwie spraw wewnętrznych, celem traktowania sprawy na najbliższem posiedzeniu tejże Rady, po dłuższej dyskusyi uchwalony został w tem brzmieniu, jak to referent na najbliższem posiedzeniu Tow. Lek. krak. przedstawi.

Chodzi tu głównie o to, ażeby Rząd ujął tę całą sprawę w swe ręce i dążył do wypracowania szeregu ustaw, zapobiegających szerzeniu się gruźlicy, przyczem przedewszystkiem dążyć należy do tego, by gruźlica tak u ludzi, jakoteż u zwierząt, drogą ustawy zaliczoną została do rzędu chorób zakaźnych. Na razie powinna być wypracowaną ustawa w sprawie dostarczania mięsa i mleka, wolnego od gruźlicy, aby przynajmniej tą drogą powstrzymać szerzenie się zarazy. W celu opracowania takich ustaw należałoby utworzyć stałą Komisyę, złożoną z zawodowych znawców. Tymczasowo należałoby w drodze rozporządzenia ułatwić właścicielom obór korzystanie z bezpłatnego rozpoznawczego szczepienia tuberkuliną i wyznaczyć pewną sumę z funduszów państwowych lub krajowych na pokrycie kosztów szczepienia u tych właścicieli, którzy się o to zgłoszą.

Sekretarz: *Dr. Michał Śliwiński.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

V.

Pod względem lekarskiej „Röntgenografii“ Francya nie pozostaje w tyle. Bouchard (S. B.) wykazał tym sposobem, że, jak to już stwierdzono doświadczalnie na zwierzę-

tach i jak przypuszczano teoretycznie, powstaje u człowieka przy wdechu, wskutek zmniejszenia ciśnienia w klatce piersiowej, — rozszerzenie przedsionków serca, zwłaszcza prawego. Gilbert (tamże) przedstawiał wyniki badania promieniami Röntgena w przypadku akromegalii, wnosząc z uzyskanych obrazów o zmianie samejże budowy kości w niektórych miejscach stopy i o prawdopodobnie istniejącym przeroście grasicy. Wyborne usługi oddała Röntgenografia Gasnemu i Londemu (Ac. d. Sc.), którzy zapomocą niej sprawdzali postęp kostnienia, opóźnionego wskutek obrzęku śluzakowego (myxoëdema), a powracającego do stanu prawidłowego pod wpływem podawania świeżego gruczołu tarczowego. Przypadek ten dotyczył 19-letniego chorego, u którego pierwsze objawy obrzęku śluzakowego dostrzeżono już w czwartym roku życia.

Ciekawych badań z promieniami Röntgena dokonał Foveau de Courmelles (Ac. des sc.) na 204 wychowankach zakładu ociemniałych. Zupełnie ślepi nie doznawali żadnego wrażenia; natomiast ci, u których zachował się ślad poczucia światła, odczuwali zarówno promienie X, jak i katodalne; u dwóch badanych wywoływały promienie X wrażenie bólu. Nie wspominam już o coraz liczniejszych rozpoznaniach chirurgicznych, opartych wyłącznie, lub głównie na radiografii i służących nieraz za wytyczną dla zabiegów chirurgicznych, zwłaszcza w przypadkach ciał obcych. Wszak jeśli się nie mylę, ostatniem publicznem przemówieniem zmarłego niedawno Péana było przedstawienie dwóch przypadków trepanacyi (Ac. d. M.), w których zapomocą radiografii dokładnie oznaczono położenie kuli w jamie czaszki. Niedawno znów Segond (Soc. d. Ch.) odszukał tym sposobem kawałek rurki srebrnej w zatoce Highmora; rurka ta służyła za stały sączek z powodu przewłocznego otoku zatoki i przypuszczano, że wpadła do zatoki: pewność dały jednak dopiero promienie X. W ten sposób stały się dostępne badaniu te okolice ciała, które dotychczas nawet dla radiografii zdawały się być nieprzenikliwe. Oczywiście są także ciągle w toku badania cierpień stawów zapomocą promieni X. Pod tym względem jednak wyniki nie zawsze są pewne, jak tego dowodzą rozprawy w Towarzystwie dermatologicznem. Emery dowodził mianowicie niedawno na podstawie radiografii, że w cierpieniach przyrody rzeżączkowej zmiany okołostawowe nie dotyczą kości, lecz tylko części miękkich; zaprzeczał zaś temu Jacquet, odwołując się na swoje spostrzeżenie (S. m. H.), w którem w przebiegu cierpienia rzeżączkowego powstały znaczne wyrośle kostne na kości piętowej; za życia nie wykazano ich promieniami Röntgena i dopiero preparat anatomiczny rzecz wyjaśnił. W każdym jednak razie pożytek nowej metody jest tak znaczny, że Akademia lekarska nie wahała się w sprawozdaniu dla ministeryum spraw wewnętrznych zalecić używania radiografii w szpitalach i domagać się utworzenia odrębnej pracowni radiograficznej przy samejże Akademii. Oczywiście jak dotąd, tak i na przyszłość skorzysta z tego na razie najwięcej chirurgia, kształcąc i doskonaląc ten nowy sposób rozpoznawczy; warto też zapisać, choć trudno uwierzyć, że według niektórych lekarzy tutejszych promienie X mają w cierpieniach chirurgicznych wpływ leczniczy. I tak Kirmisson twierdził, że zapomocą promieni Röntgena, (coprawda stosowanych równocześnie z ustaleniem kończyny) wyleczył gruźlicze cierpienie stawu [1]).

Mimowolnie przekroczyłem granice przypadającego mi działu sprawozdawczego; a choć kolega Brudzewski może mi wytoczyć sprawę, że wdzieram się w jego państwo, to jednak niech mi wolno będzie chwilę jeszcze pozostać na nieprawnie przywłaszczonem polu chirurgicznem, a przynajmniej w jego blizkiem sąsiedztwie. Chciałbym mianowicie wspomnieć o ciekawej, nietyle ze stanowiska teoretycznego, ile ze względu na doniosłość praktyczną, rozprawie o cierpieniach umysłowych, powstających po zabiegach chirurgicznych. (S. de Chirurgie). Picqué, rozpoczynając tę rozprawę, zajął odrazu stanowisko o tyle właściwe, iż pragnął oddzielić przypadki zaburzeń umysłowych, wywołanych przez zatrucie niektórymi środkami lekarskimi (jodoform itp.), oraz stanowiących objaw posocznicy lub ropnicy, wikłającej przebieg leczenia, od psychoz, związanych na pozór z zabiegiem operacyjnym, lecz niezależnych od tamtych przyczyn. Psychozy te mogą pojawić się, jak to zgodnie wszyscy mówcy zaznaczyli, po jakiejkolwiek operacyi; powodem pewnego nieporozumienia stało się jednak zapatrywanie Picquéa, że pomiędzy rodzajem psychozy a rodzajem zabiegu chirurgicznego może niekiedy istnieć pewien związek, i tak: przygnębienie psychiczne miało się pojawiać głównie po wytrzebieniu u kobiet i mężczyzn, po założeniu sztucznej rzyci itd. Prawie wszyscy następni mowcy stwierdzili, że związku takiego nie zauważyli w żadnym ze spostrzeganych przez siebie przypadków zaburzeń umysłowych pooperacyjnych, tak samo, jak nie można żadnego szczególnego znaczenia przyczynowego przypisać zabiegom chirurgicznym na narządzie płciowym kobiecym. Zarówno zaś sam Picqué, jak Broca, Walther, Richelot (11 własnych przypadków) Reynier, Monod, Second (4 razy zaburzenia umysłowe na 642 wytrzebień u kobiet), Lucas-Championnière, Routier, Hartmann, Potherat i t. d. utrzymują stanowczo, że we wszystkich tych przypadkach, w których po operacyi pojawiły się zaburzenia umysłowe, nie związane ani z zatruciem środkami opatrunkowymi, ani z posocznicą, — albo już przedtem istniała wyraźna, okresowo występująca choroba umysłowa, lub też stwierdzić można było obciążenie dziedziczne, albo nabytą skłonność do zboczeń psychicznych na długi czas przed operacyą; w ten sposób zabieg chirurgiczny byłby w najgorszym razie conajwyżej przyczyną, wywołującą wybuch choroby, która byłaby się z pewnością i bez operacyi, pod działaniem jakiegokolwiek innego czynnika, prędzej-później rozwinąć musiała. Aczkolwiek wobec tego, co dziś wiadomo o etyologii chorób umysłowych, te końcowe wnioski, wynikające z długiej rozprawy, nie zawierają nic nowego, to jednak, poparcie tych przyjętych powszechnie zapatrywań szeregiem ścisłych spostrzeżeń, nie było bez pożytku, z uwagi, że jednym z zarzutów przeciw wytrzebieniu u mężczyzn, w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, była rzekoma częstość zaburzeń umysłowych po tym zabiegu. Może być, że przeciwko niemu przemawia wiele względów, które zwłaszcza w ostatnich czasach, gdy pierwszy zapał ochłódł, z niejednej strony podniesiono; w każdym razie jednak obawa zboczeń psychicznych była wśród tych względów chyba najmniej ważnym.

Właściwszem polem dla zagadnień psychiatrycznych, niż Towarzystwo chirurgiczne, jest Towarzystwo medycyny sądowej; i tu jednak rozprawy przenoszą się niekiedy aż w zakres psychiatryi ogólnej, przekraczając granice zagadnień sądowo-lekarskich. Niedawno Charpentier poruszył tam sprawę zboczeń umysłowych, pojawiających się u kobiet w latach przechodowych (klimakterium), a to z okazyi ciekawego przypadku, w którym w dwa lata po ustąpieniu miesiączki, pojawiło się urojenie ciąży i kazirodztwa. Urojenie to (odnoszące się do syna chorej) powiodło się usunąć po 14 miesiącach; wnet jednak nastąpił nawrót. Charpentier uważa ten przypadek za wyjątkowy, sądząc wbrew zdaniu Vallona, że zwykłą formą, pojawiającą się po ustąpieniu miesiączki, jest zaduma. Motet przytoczył przypadek, również podobno niezwykły, pomięszania z urojeniami prześladowczemi (paranoia), który szybko skończył się zniedołężnieniem umysłowem.

Do ubogiej jeszcze histologii patologicznej chorób umysłowych przybył mały przyczynek dzięki Balletowi (S. m. H.), który zbadał mózg, rdzeń i nerwy obwodowe w przypadku „psychose polynevritique“ (Korsakow). W zakresie

[1]) Sorel (Rouen) utrzymuje, że zapomocą promieni X wyleczył słoniowacinę ręki u młodej dziewczyny. Sądząc z opisu cierpienia i z towarzyszących zaburzeń nerwowych można przypuszczać, że w przypadku tym szło o tzw. »obrzęk histeryczny«, a lekarstwem — było poddawanie (sugestya).

psychicznym przedstawiał przypadek Balleta cechy pierwotnego zniedołężnienia umysłowego (osłabienie kojarzenia pojęć i pamięci, mgliste i niesystematyczne urojenia i t. d.); oprócz tego istniał niedowład kończyn dolnych z bólami i niedomogą pęcherza. W mózgu znalazły się zmiany wsteczne komórek, w postaci odśrodkowego położenia jądra, zaokrąglenia zarysów, chromatolysis i t. p., głównie w warstwie dużych komórek piramidalnych i komórek olbrzymich. Zmian tych nie uważa B. za następowe, ponieważ włókna tangencyalne przedstawiały się prawidłowo; natomiast podobne zmiany w komórkach rogów przednich rdzenia, zwłaszcza w okolicy lędźwiowej, zależały prawdopodobnie od stwierdzonego badaniem zapalenia odpowiednich nerwów obwodowych. Zmian komórek mózgu dotychczas w podobnych przypadkach nie opisano; zmiany w rdzeniu były już dawniej znane i dadzą się porównać ze zmianami, wywołanemi doświadczalnie przez przecięcie pni nerwowych, dzięki którym zyskaliśmy i zyskujemy ważne dane o przebiegu włókien nerwowych i o ich związku z pewnemi gromadami komórek nerwowych w rdzeniu i mózgu. Niedawno zbadał tym sposobem Marinesco (S. m. H.) dokładniej jądra nerwu twarzowego, a mianowicie początek górnej jego gałęzi, który u psa ma się znajdować w średniej części jądra nerwu twarzowego, a nie stoi w żadnym związku z jądrem n. odwodzącego (abducens); przynajmniej po przecięciu gałązek n. twarzowego, zaopatrujących mięsień czołowy i zwieracz powiek, niema ani śladu zmian w jądrze n. odwodzącego, chociaż dotychczas sądzono przeciwnie, że jądro jego łączy z jądrami górnej gałązki n. twarzowego blizki stosunek. — Zmiany komórek w jądrach nerwowych są zresztą odmienne po przecięciu i po wyrwaniu nerwu, jak to niedawno spostrzegli Ballet i Marinesco (S. m. H.) na jądrach nerwu podjęzykowego; a skoro w pierwszym przypadku znamienną rzeczą ma być po przejściowem zwyrodnieniu komórki (chromatolysis, odsunięcie jądra na obwód itd. co razem nazywa Nissl pyknomorfizmem), — odradzanie się komórki (powrót ziarnistości chromatofilnych itd. — „parapyknomorfizm" Nissla), to w drugim zmiany wsteczne komórek kończą się zupełnym ich zanikiem. Różnicę tę tłómaczy Marinesco ścisłym związkiem zarówno degeneracyjnych, jak odrodczych (regeneracyjnych) spraw w nerwach i w komórkach. Jeżeli więc regeneracya nerwu stanie się niemożebną, jak to się dzieje po jego wyrwaniu, wówczas i w komórkach sprawy odrodcze nie przychodzą do skutku.

Żeby już nie powracać do histologii patologicznej układu nerwowego, wspomnę tu jeszcze o zmianach, jakie, prócz dawniej już opisywanych, znalazł Ballet (S. m. H.) w jednym przypadku choroby Parkinsona. Zmianą tą ma być szczególna kruchość wypustek komórek rdzenia, głównie rogów przednich, cechująca się pod drobnowidem występowaniem szczelin i rozstępow. Dziwne trochę wrażenie robi teorya, której B. nieomieszkał czemprędzej nawiązać do swych badań; przypuszcza on mianowicie, że może sztywność i wzmożone napięcie mięśniowe, spotykane w chorobie Parkinsona, da się w jakiś sposób powiązać z czynnościową zmianą wypustek protoplasmatycznych komórek rdzenia. — Trudno zrozumieć takie, choćby najostrożniej wyrażone przypuszczenie, oparte na jednym tylko przypadku i na zjawisku, o którem nie wiadomo, w jaki sposób powstało i czy nie zależy od sposobu przygotowania preparatu.

Dr. Ciechanowski.

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Od Zarządu VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu otrzymujemy następujący komunikat:

„W sprawie zakazu uczestnictwa obcokrajowców w Zjeździe otrzymał Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, na podanie swoje z dnia 7 lipca r. b., z ministeryum spraw wewnętrznych w Berlinie, następującą odpowiedź:

„*Berlin*, 19 lipca 1898.

Ministerstwo spraw wewnętrznych
II 11112. 11106.

Odpowiadając na zażalenie Komitetu z dnia 7 b. m., nie jestem w możności uwzględnić zawartego w niem wniosku o cofnięcie wydanego przez król. prezesa policyi zakazu, udziału obcokrajowców w zamierzonym Kongresie lekarskim. Jakkolwiek król. rząd państwowy z wszelką gotowością popiera wszelkie naukowo fachowe usiłowania i urządzenia, to jednak w równej mierze ma obowiązek czuwać nad tem, żeby tych urządzeń nie nadużywano do celów, dla których nie są przeznaczone. Przypuszczenie takie było jednak w tym przypadku uzasadnione, skoro zagraniczna prasa, powołując się na znane niedawne zajścia, publicznie wzywała do jak najliczniejszego udziału w Kongresie, aby z niego w tej drodze zrobić punkt zborny dla całej Słowiańszczyzny. Ten przebieg sprawy nie pozostawia żadnej wątpliwości, że w projektowanym Zjeździe nie chodziło już tylko o kongres czysto naukowofachowy, ale że razem z nim miała być połączona polityczna manifestacya, w tendencyi swej skierowana przeciw niemczyźnie. Na tolerowanie tego rodzaju demonstracyi, szkodliwej dla pokojowego pożycia obu narodowości, nie pozwala nie tylko wzgląd na niemiecko-narodowe interesa w ogólności, ale w szczególności także wzgląd na niemiecką ludność Poznania i prowincyi. Miał tedy prezes policyi w Poznaniu zupełne prawo wystąpić przeciw wykonaniu tego zamysłu, zabraniając udziału zagranicznych lekarzy w Kongresie. Jeżeli przytem zwrócił uwagę, że w danym razie, zniewolony będzie przybyłych zagranicznych lekarzy wydalić za granicę, to tem samem zapowiedział li tylko użycie tego środka, który, w danych stosunkach, w razie przekroczenia jego rozporządzenia, wydawał się jedynie odpowiednim

von der Recke.

Do
komitetu VIII Kongresu polskich lekarzy i przyrodników, na ręce p. dra Święcickiego
w Poznaniu".

Zaznaczamy:

po pierwsze, że pan minister decyzyę swoją opiera wyłącznie na artykułach prasy zagranicznej;

po drugie, że natomiast ani słówkiem nie dotyka przytoczonych przez Komitet oświadczeń i argumentów, wykazujących, że obawa, jakoby Zjazd nie miał mieć charakteru czysto naukowego, jest zupełnie nieuzasadnioną;

po trzecie, że uderzającem jest, iż pan minister zdaje się być zdania, jakoby prezes policyi tylko w pewnych okolicznościach („unter Umständen") zagroził wydaleniem zagranicznych uczestników Zjazdu, podczas gdy wiadomo, że zagrożenie to było bezwzględnie skierowane przeciw wszystkim zagranicznym gościom.

Wstrzymując się od wszelkiej dalszej krytyki powyższego rozporządzenia, zakładamy jednakże niniejszem stanowczy protest przeciw takiemu traktowaniu nauki i jej reprezentantów. Sąd o tem pozostawiamy cywilizowanemu światu i historyi.

Dr. H. Święcicki, prezes Zjazdu.
Dr. A. Jaruntowski, jeneralny sekretarz".

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 Lipca.

* W »Wiadomościach zawodowych« podajemy odpis odpowiedzi ministra v. der Recke na podanie Komitetu gospodarczego VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Zatem sprawę Zjazdu poznańskiego należy ostatecznie uważać za skończoną, Zjazd ten nie odbędzie się. Komitetowi gospodarczemu, kolegom i obywatelom wielkopolskim, którzy około przygotowań zjazdowych pracowali, należy się najszczersza wdzięczność: ogół lekarzy i przyrodników, oraz całe społeczeństwo polskie, ocenią trudy i wstrętne przykrości, które bezowocnie musiał znieść Komitet gospodarczy.

Pierwszy raz w życiu przypadło nam czytać akt tak przeciążony fałszem i krętactwem, na którym nie wahał się premier wielkiego mocarstwa położyć swego podpisu.

Z czynem gwałtu i przemocy trudno rozprawiać się piórem. Kiedy oświadczono Sokratesowi, że umrzeć musi, gdyż go areopag sędziów potępił, mędrzec ten odrzekł: »a ich potępi natura«. Prawda tkwiąca w tych słowach, nie straciła na wartości etycznej i wobec nowoczesnych dławicieli życia umysłowego ludów.

Pozostawimy więc sąd historyi i narodom oświeconym; lecz żeby ludy poznały do głębi tę sprawę i przekonały się, że dziś już niema »sędziów w Berlinie«, my, lekarze i przyrodnicy polscy z pod zaboru austryackiego, przyłożymy do tego ręki.

* Czeski Komitet narodowy dla obesłania XIII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu. Paryzki Komitet gospodarczy wezwał prof. Hlavę, ażeby zajął się organizacyą czeskiego Komitetu narodowego na XIII międzynarodowym Zjeździe lekarzy, który odbędzie się w Paryżu od 2—9 sierpnia 1900 r. Prof. Hlava wyraził wszelką gotowość do spełnienia poruczonego mu zadania i oświadczył, że już poczynił wstępne kroki; na list ten otrzymał prof. Hlava od sekretarza generalnego Zjazdu, Dra Chauffarda, odpowiedź z dnia 15 b. m., z podziękowaniem i prośbą, ażeby do dnia 1 sierpnia przysłano do Paryża imienny skład Komitetu czeskiego. W chwili, gdy to piszemy, Komitet narodowy czeski już się ukonstytuował, wybierając przewodniczącym prof. Hlavę, zastępcą prof. Maydla. (*Časopis lékařů českých*, Nr. 29).

Znaczenie i cel tej naszej notatki są jasne: precedens polskiego narodowego Komitetu w Zjeździe przeszłorocznym w Moskwie każe wróżyć, że właśnie dlatego nie powinniśmy mieć trudności o przyznanie nam tych samych praw w Paryżu. Liczyć jednak powinniśmy tylko na siebie, jeśli nie mamy doczekać się, żeby nas traktowano, jako »une quantité négligeable«. A pod tym względem polegamy na prezesie byłego narodowego Komitetu polskiego w Moskwie, który, posiadając wszelkie, tu odnoszące się, papiery ze Zjazdu moskiewskiego, nie tylko wylegitymuje nas, ale tak potrafi postawić sprawę, że bezprawie, którego na nas w tym roku się dopuszczono, uwydatni się w areopagu międzynarodowym.

* Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krak. składa najuprzejmiejsze podziękowanie:

1) WPanu Dr. Uchaczowi z Makowa za hojny dar, złożony z kilkudziesięciu zupełnych roczników »Wiener medicinische Blätter«, »Wiener med. Wochenschrift« i »Przeglądu lekarskiego«, a WP. Prof. Łazarskiemu, za pośrednictwo w tej sprawie.

2) Szanownej Redakcyi »Zdrowia« za obfity zbiór pojedynczych poszytów i kilka zupełnych roczników, uzupełniających zbiór tego czaspisma w Bibliotece.

3) Szanownej Redakcyi »Kroniki lekarskiej« za uzupełnienie roczników, znajdujących się w Bibliotece, znaczną ilością brakujących poszytów.

4) Szanownej Redakcyi »Gazety lekarskiej« za zbiór numerów, uzupełniających część roczników, znajdujących się w Bibliotece i WP. Dr. Władysławowi Janowskiemu za wyjednanie tego daru.

5) WPanu Dr. Adamowi Langiemu z Krakowa za dwa zupełne roczniki »Wiener klinische Wochenschrift« i cztery roczniki »Przeglądu lekarskiego«.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Sanok 20 lipca. Dzielę sie z czytelnikami »Przeglądu« wiadomością, która, będąc odosobniona, ma tylko znaczenie moralne; natomiast, naśladowana przez wielu, może odegrać rolę praktyczną w kierunku humanitarnym, wielkiej doniosłości.

WPan Adolf Falter, współwłaściciel dóbr Komańcza w sanockim powiecie, z wdzięczności za uratowanie swego, chorego na błonicę, dziecka, przy pomocy zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej, ofiarował 100 koron na ręce Dra Galanta z Zagórza na zakupno surowicy dla biednych dzieci, chorych na błonicę, w powiecie sanockim. Za część tej kwoty zakupiono surowicę i obdzielono takową 3-ch lekarzy, mających najwięcej do czynienia z chorobami zakaźnemi; reszta zaś pieniędzy zostaje u podpisanego na ewentualne potrzeby.

Za tak hojny dar, złożony w ofierze cierpiącej ludzkości, składam WPanu Adolfowi Falterowi, jako przewodniczący Sekcyi sanockiej Tow. lek. galic., oraz c. k. lekarz powiatowy, — serdeczne podziękowanie. *Dr. Władysław Czyżewicz.*

Przekonani jesteśmy, że drogą samopomocy najprędzej moglibyśmy dojść do tego, że każdy powiat posiadałby potrzebny fundusz na dostarczenie ubogiej ludności surowicy przeciwbłoniczej. Nim władze nasze coś postanowią, nim się wygrzebią z biurokratycznych wątpliwości, ludzie dobrej woli, drogą dobrowolnych składek, mogą spełnić to zadanie miłosierne z największą łatwością. Wszak tu idzie o kilkadziesiąt złr. rocznie na każdy powiat.

* Konkurs. Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej, z płacą roczną 600 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 1 października 1898 roku.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Antoni Müller, Kazimierz Axentowicz, Antoni Czaykowski, Alojzy Korzybski, Franciszek Biernaciński, Leon Brand, Naftali Markus Bernstein, Bernard Grünhut, Stanisław Konera, Ignacy Lemberger i Karol Wencel Szostkiewicz.

* Walka z gruźlicą zaczyna w Anglii wychodzić z granic ściśle urzędowych i wkracza na pole usiłowań społecznych. Pod hasłem tej walki odbyło się w Londynie u Sir Williama Broadbenta zgromadzenie lekarzy londyńskich, którzy, z inicyatywy gospodarza, mieli odpowiedzieć na następujące pytania: 1) czy nie należałoby już obecnie założyć stowarzyszenie, któreby miało za zadanie pouczać ogół o różnych sposobach szerzenia się zarazka gruźliczego, zachęcać go do kroków, zmierzających do obrony i walki z gruźlicą, a w szczególności zdążać do zakładania sanatoryów dla gruźliczych? 2) czy w stowarzyszeniu takiem mają wziąść udział tylko zawodowi lekarze, czy też osoby i z poza świata lekarskiego, które sprawa gruźlicy dla jakiejkolwiek przyczyny bliżej obchodzi?

Zgromadzeni oświadczyli się tak za potrzebą stowarzyszenia dla zwalczania gruźlicy, jak i za dopuszczeniem nielekarzy do grona tego stowarzyszenia.

* W celu zwalczania zarazka gruźlicy w wagonach kolejowych, poleciło pruskie ministeryum robót publicznych, ażeby w nowych wagonach budowano sufit i ściany z materyału możebnie gładkiego, wypolirowanego. Obicia pluszowe i wszelkie im podobne mają być zastąpione tkaniną gładką. Poduszki nie będą przymocowane, by je można było w każdej chwili poddać odkażaniu. Spluwaczki mają być wielkie i tak przymocowane, by, huśtając się, nie rozlewały plwocin. Zarządzeniami tego rodzaju objęte są dworce, a zwłaszcza poczekalnie. Szczególny nacisk ma być wywarty na szlaki, prowadzące do zdrojowisk i uzdrowisk.

Mianowania. Prof. nadzwyczajny, Dr. Heim, otrzymał stanowisko dyrektora Instytutu bakteryologiczno-higienicznego w Erlandze. Dr. Daniłowicz mianowany został prof. nadzwyczajnym położnictwa w Petersburgu. Prof. nadzwyczajny histologii w Insbruku, Dr. Kerschner, mianowany został profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. Umarli: Dr. Klemens Chomicki, lat 64, zmarł w Mikołajowie (Rosya południowa). Dr. Page, profesor w Nowym Yorku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* (Nr. 30): Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (ciąg dal.). W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 30): Dra Rosenthala J.: Przyczynek krwisteku śródmacicznego w rogu prawym macicy dwurożnej. Dra Brunnera M.: O najnowszych postępach na polu rentgenografii i rentgenoskopii (c. d.). Dra Malinowskiego A.: Uwagi kliniczne o krztuścu i jego powikłaniach (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.